|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一、**活動名稱：** |  | |
| 二、**申請單位：** | 單位名稱：  地址：  負責人姓名：  電話： | |
| 三、**活動承辦人：** | 姓名：  Mail： | 電話：  手機： |
| **四、活動現場聯絡人：** | 姓名： | 電話：  手機： |
| **五、救護支援起訖時間：** | **年 月 日 時 分起至 年 月 日 時 分止 。** | |
| 六、**救護支援需求數量**：  (請在需求處打勾並填寫數量) | □支援醫師人數： 名。  □支援護理人員人數： 名。  □救護技術員 名。  □支援救護車數量： 輛。(每輛含1名救護技術員，人員費用另計)。  □需備傻瓜電擊器(AED)\_\_\_台。 | |
| **七、支援救護人員及救護車報到時間及地點：** | **報到時間**： 年 月 日 上午 時 分  **報到地點**： | |
| 申請單位印章 | 🞾**支援救護人員及救護車收費標準：**  1.醫師每小時：**1200**元（未滿1小時者，以1小時計算）。  2.護理人員每小時：**400**元（未滿1小時者，以1小時計算）。  3.救護技術員每小時：**300**元（未滿1小時者，以1小時計算）。  4.救護車每輛每4小時：**800**元（未滿4小時者，以4小時計算）。 | |
|  |

**臺中市政府衛生局受理市府行政機關救護支援申請表**

申請日期： 年 月 日 日

🞾**注意事項：**

1. 申請單位請**於活動預算內編列救護工作費**，以支付支援救護人員及救護車費用。
2. 申請單位請依實際需要切實填妥本表，並於活動「**10個工作天」前**向本局提出。
3. 申請單位應在救護站設置處**標示「救護站」**旗幟或標示牌及**備妥桌椅**（夜間請增加照明設備），以供醫療救護用。
4. 傷患後送醫院醫療所需醫藥費用由申請單位負責。
5. 申請單位請提供支援救護人員停車位及當日便當與茶水。
6. 如主辦單位**活動地點、時間有變更，請主動通知「支援單位」及「本局」**。

🞾**本申請表填寫完畢後，請回傳至本局醫事管理科 黃小姐**

**聯絡電話：04-25265394 #3773**

**傳真電話：04-25278953**

**電子郵件：hbtcm01559@taichung.gov.tw**

**以下為活動救護支援單位填寫欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **請支援活動救護業務之單位於填完活動支援人員後回傳本局備查** | | | |
| **單位** | **職稱** | **姓名** | **手機號碼** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |